



Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

**Construção e Validação de um Questionário de Adesão à Terapêutica na
Psoríase**

Carolina Beatriz Gonçalves Oliveira

2013

Instituto Superior de Ciências da Saúde- Norte

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

**Construção e Validação de um Questionário de Adesão à Terapêutica na
Psoríase**

Dissertação apresentada no Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde.

Trabalho realizado sob orientação da Professora Doutora Vera Margarida Seabra de Almeida e coorientação da Mestre Ana Isabel Pacheco Teixeira.

Gandra, Julho de 2013

Agradecimentos

À minha orientadora Professora Doutora Vera Almeida pela sua disponibilidade e compreensão, por me guiar nos momentos em que mais precisei, e pela sua paciência em esclarecer as minhas dúvidas.

À Professora Mestre Ana Teixeira pela sua ajuda e pelas suas palavras de encorajamento.

Aos meus colegas que fizeram parte do grupo de investigação, à Estela pelo companheirismo e pelas palavras de conforto, à Cláudia pelo carinho e sorrisos.

A todas as pessoas que participaram no estudo, e/ou que estiveram envolvidas direta ou indiretamente no estudo.

Às amigas que conquistei nestes anos de formação pelas horas de escuta e pelas palavras de encorajamento quando mais necessitei.

A toda a minha família e aos meus amigos pelo encorajamento constante, pelas palavras carinhosas e por todo o amor.

À Carina por toda a força e motivação, pelo ombro amigo, por me ajudar em todas as horas e por sempre acreditar em mim.

Aos meus pais pela retaguarda e pelo amor incondicional, sem eles não teria sido possível.

**Construção e Validação de um Questionário de Adesão à Terapêutica
Tópica na Psoríase**

Oliveira, Carolina; Faria, Estela; Fernandes, Cláudia; Almeida, Vera; Teixeira, Ana (2013)

Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte / CICS-UnIPSa

Resumo

Introdução: A adesão ao tratamento em doenças crónicas é um problema atual e transversal a várias patologias, tendo em conta a sua importância para o sucesso clínico do tratamento e o elevado impacto psicossocial e económico da não adesão. A psoríase é uma doença crónica da pele que afeta cerca de 2% da população portuguesa, requer tratamento prolongado e é considerada a dermatose com mais baixa adesão ao tratamento. Das diferentes abordagens terapêuticas possíveis, o tratamento com medicamentos de aplicação cutânea é considerado seguro e eficaz, no entanto a baixa adesão torna muitas vezes este tratamento ineficaz. Os poucos estudos existentes na literatura sobre a adesão ao tratamento com medicamentos de aplicação cutânea na psoríase são pouco conclusivos, principalmente devido às diferentes metodologias e procedimentos utilizados. A avaliação da adesão por questionário é um método simples, económico e que permite obter informação acerca dos fatores que levaram à não adesão.

Objetivos: Dada a importância do estudo da adesão ao tratamento na psoríase e a inexistência de um questionário para a sua avaliação foi desenvolvido e validado um questionário da adesão ao tratamento tópico na psoríase.

Método: Para o desenvolvimento do questionário foi constituído um painel formado por farmacêuticos, psicólogos, um matemático e médicos dermatologistas. O questionário apresenta 7 itens organizado em duas partes. Na primeira parte é descrito o tratamento e posologia, na segunda parte é avaliada a adesão ao tratamento apontando as razões de não-adesão.

Resultados: Os resultados mostram correlações entre os diferentes itens do questionário e correlações entre o questionário e o diário de medicação.

Conclusão: O questionário agora validado poderá ser uma ferramenta imprescindível à realização de trabalhos de investigação e melhoria do tratamento e qualidade de vida na psoríase.

Palavras-chave: adesão, psoríase, questionário, tratamento tópico

Abstract

Introduction: Adherence to treatment in chronic diseases is a problem that transcends several pathologies and current, given their importance for the clinical success of the

treatment and the high psychosocial and economic impact of non-adherence. Psoriasis is a chronic skin disease that affects about 2% of the Portuguese population, requires long treatment and is considered the dermatosis with lower adherence. From the different therapeutic approaches of psoriasis, topical treatment is considered safe and effective, however poor adherence often makes this treatment ineffective. The few studies presents in the literature on adherence to topical treatment are inconclusive, mainly due to the different methodologies and procedures used in this study. The questionnaire is a simple and economic method, which provides information about the factors that influence adherence to treatment.

Objective: Given the importance of the study of the adherence to treatment in psoriasis and the lack of a questionnaire for this assessment, in the present study was developed and validate a questionnaire to access adherence to topical treatment in psoriasis.

Methods: To develop the questionnaire a panel of pharmacists, psychologists, a mathematician and dermatologists was formed. The questionnaire contains 7 items organized in two parts. In the first part is characterized treatment used during the study and the second part evaluates the adherence or non-adherence to treatment pointing out the reasons for non-adherence.

Results: Results show correlations between different items of the questionnaire and correlations between the questionnaire and the daily medication.

Conclusion: The validated questionnaire can be an useful for a more conclusive research for the improvement of the treatment and quality of life in patients with psoriasis.

Keywords: *adherence, psoriasis, questionnaire, topical treatment*

Construção e Validação de um Questionário de Adesão à Terapêutica na Psoríase

Psoríase

A psoríase é uma doença crônica e não contagiosa da pele, caracterizada por surtos de intensidade variável, de rápida evolução e intercalados com fases de remissão (Langley, Krueger & Griffiths, 2005). Esta doença surge devido a uma proliferação descontrolada das células da pele que compõem a camada superficial, que se vão acumulando, originando as lesões características, fazendo com que a pele fique mais espessa. Do ponto de vista clínico a psoríase caracteriza-se pela chamada lesão psoriática, que apresenta três elementos: eritema, infiltração e descamação (Kurd, Troxel, Crits-Christoph & Gelfand, 2010). Estas lesões são geralmente vermelhas ou prateadas, localizam-se principalmente nos cotovelos, joelhos, região lombar e couro cabeludo, havendo ainda a hipótese de se espalhar por todo o corpo (Galadari, Sharif & Galadari, 2005, Koek et al., 2006). O tamanho das lesões é variável assim como a sua morfologia, sendo que as lesões podem surgir em forma de gotas, placas, anéis ou ostras, isoladas ou muito concentradas na extensão da pele (Barros, 2009), permitindo a sua classificação em diferentes tipos clínicos (Martins, Ferreira, Costa & Cabrita, 2006). Assim, segundo o tipo de lesão podemos identificar: a psoríase vulgar ou em placas, a psoríase gutata ou eruptiva (Griffiths & Barker, 2007; Silva & Silva, 2007; Barros, 2009), a psoríase eritrodérmica e a psoríase postular ou pustulosa (Langley et al., 2005). Quanto à sua localização: a psoríase palmo-plantar (Langley et al., 2005; Griffiths & Barker, 2007), a psoríase ungueal, a psoríase inversa ou flexural (Langley et al., 2005) e a psoríase atrópica ou atrite psoriática (Silva & Silva, 2007; Barros, 2009).

A psoríase, segundo Langley et al. (2005) e Arruda e Moraes (2001), como reitera Picardi et al., (2003) é uma doença que pode afetar profundamente a qualidade de vida a nível físico, emocional e psicossocial. Gupta e Gupta (1998), Kimball, Jacobson e Weiss (2005), citado por Taner et al. (2007) referem ainda que a psoríase acarreta efeitos negativos no autoconceito, na autoestima, no bem-estar e nas relações sociais diminuindo assim a qualidade de vida dos pacientes. Pereira (2011) concluiu ainda que os portadores de psoríase apresentam níveis de ansiedade, depressão, somatização elevados, bem como alguns indicadores gerais de hostilidade (inadaptação à doença).

Epidemiologia e Etiologia

A psoríase é uma patologia que afeta igualmente homens e mulheres (Fouéré, Adjadj & Pawin, 2005; Valenzuela, Silva, Valdés & Papp, 2011), contudo, Neimann, Porter e

Gelfand (2006) referem que existe uma incidência superior no sexo feminino. Estima-se que 1 a 3% da população mundial seja afetada por esta doença (Kurd et al., 2010). Estudos realizados por Finzi e Benelli (1998) e por Stern (1995) como afirmam Fouéré et al. (2005) entre 1 a 5% da população europeia é psoriática, em Portugal atinge cerca de 250 mil portugueses (Ferreira, 2012), ou seja, cerca de 2% da população (Oliveira, 2012). Esta patologia pode surgir em qualquer faixa etária, embora se verifique uma maior prevalência na adolescência e na idade adulta, entre os 20 e os 40 anos de idade (Naldi & Gambini, 2007). Muitos estudos sugerem que em pacientes com menos de 20 anos de idade a prevalência é maior em mulheres do que em homens, o que sugere que os primeiros sinais de psoríase surgem mais cedo em mulheres (Gelfand et al., 2005; Henseler & Christophers, 1985, cit. in Neimann et al., 2006). Ferrándiz et al., (2001) afirmam que pessoas com mais de 50 anos de idade apresentam uma baixa prevalência da doença.

Outro dado que podemos considerar interessante resultante de estudos realizados na Europa, no Norte da América e na Austrália é o facto de a prevalência da doença ser mais elevada em caucasianos no que em outras raças (Raychaudhuri & Farber, 2001), sendo que em estudos desenvolvidos por Tsai et al., (2011), estes consideraram que a prevalência é considerada mais baixa em asiáticos.

A psoríase é uma doença cuja etiologia ainda não é totalmente conhecida, contudo estudos etiológicos identificaram um variado número de fatores associados à origem da psoríase, como: história familiar e genética, variação racial, condições climatéricas, infeções virais ou bacteriológicas, traumas, alterações metabólicas ou endócrinas, fatores psicológicos (Barros, 2009), estilos de vida como o consumo de tabaco, álcool e substâncias ilícitas e uma dieta inadequada (Plunkett & Marks, 1998, citado por Picardi et al., 2003; Neimann et al., 2006). A predisposição genética tem sido a causa mais estudada, caracterizando-a como uma doença autoimune da pele (Bowcock, 2005). Consideráveis evidências obtidas a partir de estudos com gémeos, fizeram com que ficasse claramente estabelecido que a genética é um componente chave no desenvolvimento da psoríase (Jullien & Barker, 2006). Estudos indicam que quando ambos os progenitores são portadores da doença, existe 50% de probabilidade da doença se manifestar na descendência (Neimann et al., 2006). Valenzuela, Silva, Valdés e Papp (2011) concluíram que 47.1% dos portadores no seu estudo referiram que tem familiares em primeiro ou segundo grau com a mesma patologia, considerando que existe uma grande predisposição genética.

As condições climatéricas, nomeadamente as diferenças de temperatura são um fator determinante para o aparecimento da psoríase, sendo esta mais comum em climas mais frios

do que em regiões que apresentam temperaturas mais elevadas, como as regiões tropicais (Farber & Nall, 1998 cit in Valenzuela, Silva, Valdés & Papp, 2011; Raychaudhuri & Farber, 2001; Christopher, 2001).

Os fatores psicossomáticos desempenham também um papel importante no desenvolvimento da psoríase nomeadamente, o *stress* vivenciado pelos sujeitos é importante no aparecimento e agravamento desta patologia (Gaston, Lassonde, Bernier-Buzzanga, Hodgins & Crombez, 1987-1991; Seville, 1997; Dahan, Launais & Lasserre, 1998; Naldi, Peli, Parazzini & Carrel, 2001, cit in Picardi et al., 2003). Janković e colaboradores (2009) realizaram estudos que procuraram entender a relevância de fatores psicossomáticos (nomeadamente os acontecimentos de vida desencadeantes de *stress*, falta de apoio social e vinculação insegura) no agravamento de psoríase, concluindo que os pacientes com psoríase reportavam mais acontecimentos de vida importantes, ansiedade, vinculação insegura e apoio social insuficiente o que levava a uma exacerbação da doença. Martins (2011) conclui que os psoriáticos com mais sintomas psicopatológicos apresentam mais dificuldades de regulação emocional, salientando-se nomeadamente, a ansiedade e a depressão. Silva e Müller (2007) referem que a depressão está muito frequentemente associada à psoríase influenciando diretamente o seu tratamento de forma negativa. As características de personalidade hostis, estados distímicos e sintomas neuróticos têm sido frequentemente observados em doenças como a psoríase (Jesus, 2010). Na alexitimia existe um risco, de que sensações físicas e emocionais serão utilizadas sem distinção, como sinais de perturbação psicológica, que poderá explicar as queixas somáticas/manifestações somáticas devido à falta de expressão do sofrimento psicológico, isto pode levar ao aparecimento de psoríase (Masmoudi et al., 2009 cit in. Jesus, 2010). Estando assim a psoríase fortemente associada a problemas emocionais e de personalidade, contudo, é difícil perceber se a mente influencia a doença ou vice-versa.

Qualidade de vida em doentes com psoríase

A perceção do impacto da doença na qualidade de vida dos doentes adquire uma enorme importância, uma vez que se debruça sobre as atividades do dia-a-dia, as relações sociais, o lazer e a atividade laboral. Para além disto, o facto das lesões psoriáticas serem estigmatizantes também torna a avaliação deste parâmetro fundamental (Hong, Koo & Koo, 2008; Krueger et al., 2001). Bhosle, Kulkarni, Feldman e Balkrishnan (2006) referem que numa investigação realizada nos Estados Unidos, 75% dos inquiridos acreditam que a psoríase afetou negativamente e em larga escala a sua qualidade de vida, principalmente no que diz respeito a alterações nas atividades diárias. Foraster, García-Díez, Tudela, Bermúdez-

Rey e Llacho (2007) num estudo transversal entre Espanha e Portugal chegaram à conclusão que quanto maior é a lesão e a severidade da doença, maior é o impacto negativo na qualidade de vida relacionada com a saúde.

A doença tem um grande impacto emocional, físico e social na qualidade de vida. Muitos pacientes, especialmente aqueles com psoríase grave, relatam estar frustrados com o percurso da doença e com a ineficácia dos tratamentos. Sentem também que o impacto da doença é subestimado pelos profissionais de saúde (Krueger et al., 2001).

A exposição da pele e a sua aparência pode causar ansiedade, baixa autoestima, timidez e por consequência pode levar ao isolamento social, à restrição de atividades sociais, pode ainda influenciar negativamente os relacionamentos afetivos e sexuais (Mckenna et al., 2003), bem como afetar a saúde mental (Schmitt & Ford, 2007)

Tratamentos

A natureza altamente variável da psoríase e das suas características pode tornar difícil a escolha do tratamento mais adequado. Podemos identificar alguns tratamentos utilizados na psoríase que contribuem para a melhoria das lesões, assim como para o bem-estar psicológico dos indivíduos portadores (Lebwohl, 2005; Van de Kerkhof, 2006). Nos indivíduos que apresentam casos menos graves de psoríase, de ligeira a moderada, na qual as lesões afetam de forma parcial o corpo, são recomendados medicamentos de aplicação cutânea que podem ser utilizados de uma forma segura e eficaz. Nos casos mais graves ou quando esta abordagem terapêutica não é eficaz recorre-se à fototerapia ou terapia sistémica (Zanolli, 2004; Lebwohl, Ting & Koo, 2005; Kurd, Richardson & Gelfand, 2007; Barbagallo et al., 2001, cit. in Koek et al., 2010; Raddadi et al., 2010; Martin, Dabade & Feldman, 2011).

É pertinente realçar a importância do tratamento com medicamentos de aplicação cutânea na psoríase. Estudos indicam que a eficácia desta abordagem terapêutica é variável com uma taxa de sucesso de tratamento entre 4% e 40,7% (Devaux, Castela & Archier, 2012, cit in Devaux et al., 2012), principalmente devido à baixa adesão, a psoríase é considerada a dermatose com mais baixa adesão. Assim a adesão ao tratamento tópico na psoríase é um problema importante na gestão da doença e, portanto, é essencial elaborar estratégias para superar este problema (Gupta, Mallefet, Kress & Sergeant, 2009; Feldman, 2010).

Adesão ao tratamento

Vrijens et al., (2012) consideram a adesão ao tratamento, um processo no qual os pacientes tomam os medicamentos prescritos, estando este comportamento dividido em 3

momentos distintos: iniciação (o paciente toma a primeira dose de uma medicação prescrita), implementação (o paciente segue a medicação prescrita do início até à fim da mesma) e interrupção (o paciente deixa de tomar a medicação prescrita, por qualquer motivo). A *World Health Organization* (WHO) define adesão ao tratamento como a extensão do comportamento de cada pessoa, ou seja, se essa pessoa toma a medicação, segue uma determinada dieta ou modifica o seu estilo de vida indo de acordo com as recomendações acordadas entre ela e o seu médico (Sabaté, 2003). A adesão ao tratamento engloba inúmeros comportamentos relacionados com a saúde e não se relaciona apenas com a toma de medicamentos prescritos. Em 2001 concluiu que a adesão ao tratamento se caracteriza pela *intensidade com que o paciente segue as instruções médicas* (Sabaté, 2003). Contudo, Sabaté (2003) considera insuficiente esta descrição da adesão devido ao facto de nesta perspetiva o paciente ser visto como um elemento passivo na evolução do seu próprio tratamento. A adesão é um comportamento relativo à saúde que vai muito além do seguimento de uma prescrição médica, envolve aspetos referentes ao sistema de saúde, socioeconómicos, ao tratamento, ao paciente e à própria doença (Heynes, 1979, cit. in Gusmão & Júnior, 2006).

A adesão, segundo Storm, Andersen, Benfeldt e Serup (2008) pode ser dividida em vários subgrupos sendo todos importantes para o efeito global de um tratamento (Fig. 1). Durante a consulta o paciente e o médico devem chegar a um acordo sobre o plano de tratamento, ou seja, estar em concordância em relação a todo o processo terapêutico. Num segundo momento, após a consulta, na qual é prescrito ao paciente determinada terapêutica, é esperado que o paciente vá aviar a prescrição numa farmácia, considerada adesão primária e em seguida use essa medicação corretamente, de acordo com o plano terapêutico recomendado em sua casa, o que corresponde à adesão propriamente dita ou adesão secundária (Storm et al., 2008; Torres, 2012).

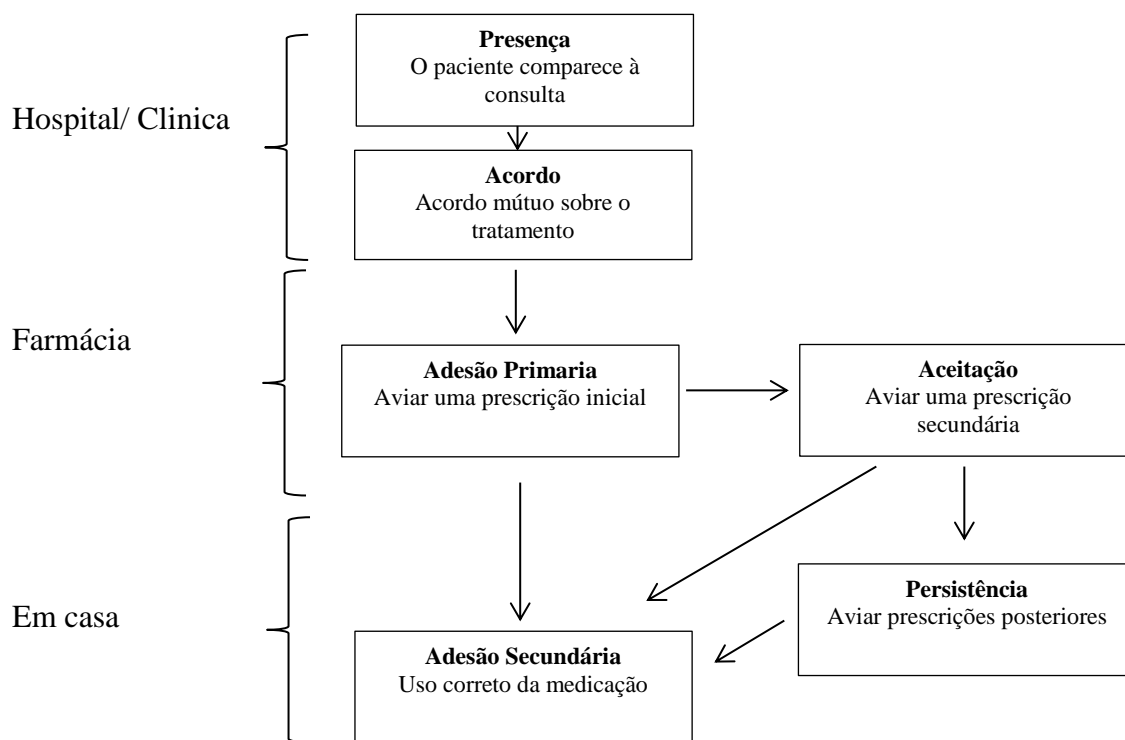


Figura 1. Adesão. Retirado de Storm, Andersen, Benfeldt e Serup (2008).

Evolução do conceito de adesão ao tratamento

Existe uma confusão comum entre o conceito de adesão e de *compliance* com um regime de medicação definido e prescrito a um paciente. A palavra “adesão” é mais comumente usada pelos profissionais de saúde, uma vez que a palavra “*compliance*” sugere que o paciente siga passivamente as ordens médicas e o plano terapêutico, considerando que este tratamento não é baseado numa aliança terapêutica ou num contrato estabelecido pelas duas partes (Osterberg & Blaschke, 2005). Tendo assim o conceito evoluído de “*compliance*” para “adesão”, ou seja, é importante que o paciente esteja de acordo com a terapêutica prescrita.

A adesão ao tratamento em doenças crônicas

Segundo Mills (1982) como citado por Sabaté (2003) podemos definir uma doença crônica quando ela compreende uma ou mais das seguintes características: é permanente, deixa uma incapacidade residual nos pacientes, a sua origem é devida a uma alteração patológica irreversível e requer competências por parte do sujeito para a sua reabilitação ou exige longos períodos de observação, supervisão ou cuidado.

A baixa adesão em doenças crônicas é significativa nos cuidados de saúde (Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens, 2001), uma vez que os pacientes experienciam por exemplo, várias hospitalizações que acarretam *stress* e sentimentos de impotência perante a doença. O

tratamento prolongado das mesmas implica custos elevados o que juntamente com outros fatores conduzem rapidamente à não adesão (Miller, 1991, cit. in Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens, 2001; Torres, 2012) não sendo atingido o benefício máximo da terapêutica.

Numa meta-análise realizada por Stewart e Caranasos (1989) como reitera Dunbar-Jacob e Mortimer-Stephens (2001), cerca de 60% dos sujeitos portadores de doenças crónicas não aderem à terapêutica estipulada, que segundo Lee, Grace e Taylor (2006) este valor será ainda mais baixo, de cerca de 50%. Nos Estados Unidos da América cerca de 30-50% das hospitalizações estão relacionadas com a não adesão ao tratamento (Osterberg & Blaschke, 2005). Especificamente em relação à psoríase Richards, Fortune, O'Sullivan, Main e Griffiths (1999) afirmam que num estudo realizado com 120 psoriáticos, 39% não aderiam ao tratamento recomendado.

Segundo Dunbar-Jacob e Mortimer-Stephens (2001) quando os indivíduos não sentem imediatamente os efeitos dos medicamentos prescritos podem aumentar a dosagem ou interromper a medicação por considerarem ser ineficaz. Os autores consideraram que a baixa adesão nas doenças crónicas está relacionada com o custo do tratamento e com a eficácia da medicação, ou ainda devido ao facto de os resultados serem diferentes dos esperados e/ou desejados. Conforme os autores surge assim uma questão importante: Porque é que os doentes falham a toma de medicação? Surgem assim, três respostas: a primeira razão e mais comum é por esquecimento; a segunda razão inclui a presença de sintomas ou não, ou seja, o doente quando apresenta sintomas toma a medicação, à medida que estes vão diminuindo, o doente reduz também a toma de medicação; a terceira razão é a interrupção devido a eventos na vida do doente, como jantar fora ou viajar (Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens, 2001). Assim, quando os pacientes tomam a decisão de adotar um determinado regime de toma de medicação, os problemas de baixa adesão parecem ser pragmáticos e não motivacionais (Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens, 2001).

Conforme Horne (1997) citado por Richards et al., (1999) existem dois tipos de não-adesão, nomeadamente intencional e não-intencional. A não-adesão intencional é uma decisão deliberada do paciente em não se envolver no tratamento prescrito, enquanto a não-adesão involuntária (não-intencional) ocorre quando a intenção dos pacientes em usar a prescrição é interrompida por barreiras inesperadas impossíveis de controlar pelo paciente, tais como mudanças na sua rotina diária, como estar longe de casa e da medicação e por esquecimento (Rapoff, 2006). Como tal, os doentes com diagnóstico de psoríase frequentemente necessitam de cuidados de uma forma permanente o que significa um tempo longo e indeterminado de despesas, apontando assim um grande motivo para a não-adesão

(Carrascosa et al., 2006). Torres (2012) considera ainda que nestes pacientes tanto a adesão primária como a adesão secundária se encontra diminuída. Assim é pertinente a realização de mais investigações sobre a baixa adesão ao tratamento com medicamentos de aplicação cutânea na psoríase.

Adesão ao tratamento na psoríase

A baixa adesão em dermatologia, especificamente na psoríase, tem uma grande expressividade, pois a aplicação tópica é mais trabalhosa e consumidora de tempo de que o uso de terapêuticas orais. Apenas 50-60% dos doentes com psoríase aderem ao tratamento prescrito (Torres, 2012), conduzindo a um pior prognóstico, mais internamentos e custos mais elevados em tratamentos posteriores (McDonald, Garg & Haynes, 2002, cit. in Feldman et al., 2008).

Quanto maior a adesão ao tratamento melhores os resultados relativamente à remissão da doença (Horwitz & Horwitz, 1993). A adesão ao tratamento na psoríase relativamente ao tratamento com medicamentos de aplicação cutânea passa pela aceitabilidade das características sensoriais e cosmeceuticas dos medicamentos e pela facilidade em utilizar estes produtos que afetam a preferência dos sujeitos por este tipo de terapêutica (Fouéré et al., 2005). De acordo com uma pesquisa realizada na Europa por Hol (2010) referido por Bewley e Page (2011) com 483 pacientes psoriáticos, 81% indicaram insatisfação com a medicação que estavam a utilizar, cerca de 44% referiram que a absorção pela pele é lenta, 41% mencionaram o facto de a aplicação diária ser superior a uma vez como um inconveniente, 34% indicaram que a roupa adquire coloração e 27% referiram-se à coloração adquirida na roupa de cama. Todos estes fatores levam à não-adesão que neste estudo foi de 38% (Bewley & Page, 2011). Kivelevitch et al. (2012) concluíram que 77% dos pacientes psoriáticos não aderem à terapêutica. Dentro deste grupo 97% utilizavam medicação tópica e 29% tratamentos sistémicos, sendo que 26% usavam as duas formas de tratamento em simultâneo. Gokdemir, Ari e Köslü (2007), referem que no estudo realizado por eles, também com psoriáticos a média da adesão ao tratamento foi de 75%. Devaux e colaboradores em 2012 realizaram um meta-análise sobre a adesão ao tratamento tópico na psoríase e concluíram que os dados sobre esta problemática são limitados, contudo, mostram que a adesão é baixa encontrando-se entre os 50-60%.

Fatores que afetam a adesão

A adesão ao tratamento é uma questão importante no tratamento da psoríase e existem vários fatores que a afetam, segundo Feldman et al., (2008) é influenciada por múltiplos fatores (Fig. 2). As características dos pacientes (idade, género, etnia, predisposições genéticas, personalidade, situação económica, esquecimento, vontade e energia para realizar o tratamento), as características da doença (tipo de lesão, extensão e distribuição, impacto da saúde na qualidade de vida dos sujeitos), as características de tratamento (eficácia e segurança, custo, conveniência e complexidade) e satisfação do tratamento influenciam tanto a adesão à medicação como os resultados do tratamento. Trata-se de um ciclo complexo no qual os resultados do tratamento influenciam a satisfação do paciente face ao tratamento que por sua vez afeta a adesão à medicação. Mais uma vez a relação médico-paciente apresenta uma correlação elevada na adesão à medicação que indiretamente vai influenciar os resultados esperados durante o tratamento (Feldman et al., 2008). A prescrição de um determinado tipo de tratamento que esteja de acordo com a preferência do paciente pode ser um fator importante, assim como a reeducação do paciente face à doença e o facto de ter uma boa relação com a equipa médica que o acompanha (Bewley & Page, 2011). Conforme Bewley e Page (2011) isto são estratégias que podem aumentar significativamente a adesão ao tratamento e consequentemente a qualidade de vida dos pacientes psoriático.

Para existir uma verdadeira adesão é necessário um papel ativo quer por parte do médico, quer da parte do sujeito doente. A relação entre o paciente e o prestador de cuidados de saúde (médico, enfermeiro ou outro profissional) deve ser uma parceria que se baseia nas capacidades e conhecimentos de cada sujeito envolvido, sendo a qualidade desta relação um fator de peso e, de grande importância para a adesão ao tratamento. As relações de tratamento mais eficazes são aquelas que estão pautados por um ambiente de confiança e abertura, onde os meios alternativos da terapêutica são explorados com o paciente, a adesão é discutida e negociada e o acompanhamento posterior é acordado entre as partes (Sabaté, 2003).

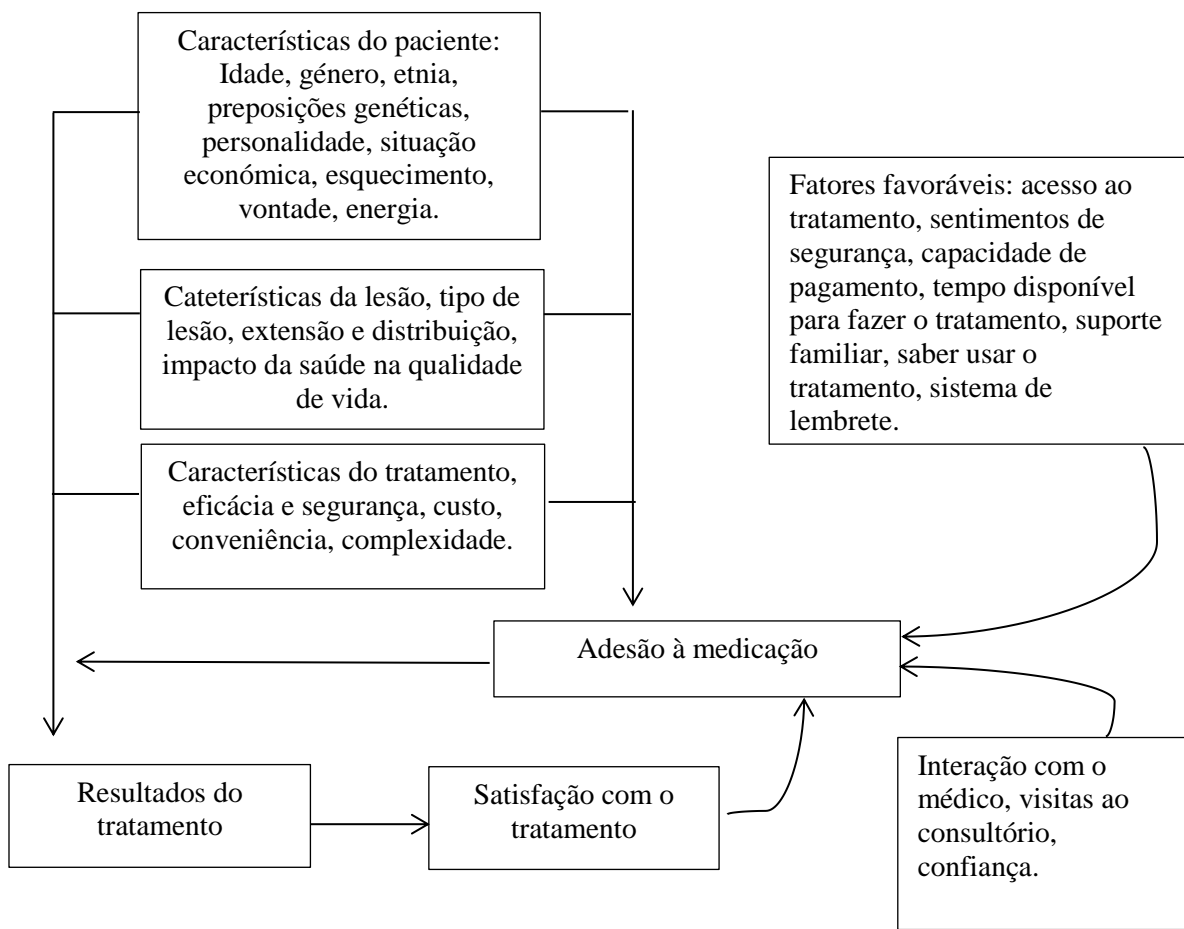


Figura 2. Principais fatores que influenciam a adesão ao tratamento. QvS, Qualidade de vida e Saúde.
Retirado de Feldman et al., (2008).

Metodologias de avaliação

Existem várias metodologias para avaliar a adesão ao tratamento. Conforme Sajatovic, Velligan, Weiden, Valenstein e Ogedgbe (2010) e Margalho et al., (2009) as metodologias de avaliação da adesão podem dividir-se em dois grupos, os métodos diretos, como a pesagem da medicação, monitorização eletrónica, doseamento dos fármacos ou marcadores em fluidos biológicos e registo eletrónico por parte da farmácia e os indiretos, como os baseados em relatos dos pacientes ou entrevistas estruturadas.

Os métodos indiretos são os mais utilizados devido ao facto de serem de aplicação simples, fácil utilização e requererem a colaboração dos doentes (Oliveira, Pedrosa & Gonçalves, cit in Dias et al., 2011) sendo estes:

- *Questionário* que apresenta um baixo custo e é de aplicação simples, pergunta-se ao doente se cumpriu o plano terapêutico, realizando o registo da frequência, duração e

número de administrações (Bloch, Melo & Nogueira, 2008). Permite ainda registar quais as razões que levaram à não adesão;

- *Relatório médico*, método económico e muito específico mas apresenta baixa sensibilidade, baseado no resultado final do tratamento, está relacionado com a avaliação que o médico faz da remissão da doença (Oigman 2006; Dias et al., 2011);
- *Diário de medicação* permite realizar uma correlação simples com os acontecimentos relativos à sua patologia, que ocorrem no seu quotidiano, e a sua situação clínica. Tem como principal desvantagem o facto de por vezes não estar corretamente preenchido quando não há cooperação por parte do doente (Dias et al., 2011);
- *Pesagem da medicação*, este método é facilmente adulterado pelo paciente na medida em que este pode propositadamente gastar a bisnaga. Este método exige assim uma grande colaboração por parte do doente (Zaghloul & Goodfield, 2004; Dias et al., 2011);
- *Monitorização eletrónica da terapêutica* ou *System MEMO CAPS – Medication Event Monitoring*, o recipiente onde é colocada a medicação possui um *microchip* na tampa que regista a data e hora a que o frasco é aberto e fechado. São dispositivos utilizados pelos doentes como uma caixa de medicamentos normal e a informação recolhida é lida através de um *software* específico (Koehler & Maibach, 2001; Martins, et al., 2006), contudo a informação pode ser facilmente adulterada pelo paciente. Pode tirar a medicação a horas mas não efetuar a sua toma, e não existem sistemas que se adaptem as bisnagas usadas no tratamento com medicamentos de aplicação cutânea.
- *Registo de prescrição* consiste no registo eletrónico da prescrição feito na farmácia através um sistema informático. Os registos da farmácia permitem verificar se as receitas médicas são aviadas, se existe interrupção prematura do tratamento e se o consumo de medicamentos está a ser realizado de uma forma diferente do que foi prescrito (Farmer, 1999). Mais uma vez o paciente pode aviar a receitas mas pode não proceder à toma da prescrição. Esta metodologia avalia a adesão primária.

Quanto aos métodos diretos de medição, estes pretendem verificar se houve efetivamente utilização da medicação prescrita. São mais fidedignos contudo mais dispendiosos, e por vezes é necessária uma intervenção mais invasiva junto dos doentes (Gusmão & Júnior, 2009, cit in Dias et al., 2011). Assim, segundo Farmer (1999), Gusmão e Júnior (2009) e Margalho et al., (2009) como reitera Dias et al., (2011), um método direto

que podemos usar na psoríase é a *Observação direta*. Apesar de ser um método preciso é impraticável no dia-a-dia.

Em Portugal existem lacunas ao nível de instrumentos para medir o constructo de adesão ao tratamento na psoríase, razão que justificou este estudo levar. Surge assim a necessidade de criar um questionário que avalie de forma simples e clara a adesão ao tratamento com medicamentos de aplicação cutânea na psoríase, para a população portuguesa.

Método

Construção e validação de um questionário

Para o estudo psicométrico foi selecionada uma amostra de 35 utentes com psoríase a efetuar exclusivamente tratamento com medicamentos de aplicação cutânea. No domínio da elaboração dos questionários há propriedades essenciais que devem ser garantidas nomeadamente a *fidelidade*, a *validade* e a *sensibilidade*.

A *Fidelidade* de um questionário é grau de confiança que possuímos em relação aos resultados obtidos (em termos temporais, de equivalência ou homogeneidade dos itens), ou seja, a consistência de resultados obtidos pelos mesmos sujeitos em diferentes ocasiões temporais ou com diferentes conjuntos de itens equivalentes (Severo, Santos, Lopes & Barros, 2006) A fiabilidade do questionário deve ser avaliada em termos da reprodutibilidade devendo apresentar os mesmos ou resultados próximos em dois estudos, caso a doença se mantenha constante (fiabilidade teste-reteste, medida em regra pelos coeficientes de correlação de Spearman ou de Pearson). Deve igualmente ser avaliado quanto à sua coerência interna (isto é se os itens interrelacionados medem de fato uma só e a mesma característica (medido habitualmente pelo coeficiente α de Cronbach).

A *Validade* de um questionário é um conceito derivado dos objetivos de cada investigação (Ghiglione & Matalon, 1992), ou seja, o grau maior ou menor em que o teste prova conseguir medir o constructo teórico que pretende medir. Inclui três componentes: a validade do conteúdo, a validade de construção e a validade de critério (Telles-Correia, Barbosa, Mega & Monteiro, 2008). A validade de conteúdo consiste no grau em que os conteúdos incluídos na escala se referem de modo adequado àquilo que se pretende medir (Telles-Correia et al., 2008). Validade de construção é a capacidade de um instrumento em demonstrar determinado conceito (Ferreira, 2000). Validade de critério pode ser de vários tipos de acordo com o tipo de critérios utilizados: concorrente (critérios utilizados são obtidos

na mesma altura que os resultados do instrumento), preditiva (critérios obtidos após a aplicação do instrumento); e na sua relação com os resultados do instrumento: convergente (quando se pretende demonstrar que os critérios influenciam os resultados do instrumento) ou discriminante, quando se pretende demonstrar que os critérios não influenciam os resultados do instrumento (Telles-Correia et al., 2008). A *Sensibilidade* consiste na propriedade que permite detetar alterações que se verifiquem nos fenómenos em estudo (Ribeiro, 2011).

Participantes

A amostra é composta por 35 participantes, sendo 24 do sexo masculino e 11 do sexo feminino. A média de idades é de 44,91 anos ($DP = 12,89$: valores entre 20 e 67 anos). Mais de metade dos participantes são casados ou vivem em união de facto (77,1%). Entre os restantes participantes, 20% são solteiros e 2,9% são viúvos.

Quanto às habilitações académicas a distribuição foi a seguinte: 22,9% frequentaram entre 1 a 4 anos de escolaridade, 28,6% frequentaram entre 5 a 6 anos de escolaridade, 22,9% frequentaram entre 7 a 9 anos de escolaridade, 8,6% frequentaram entre 10 a 12 anos de escolaridade, 5,7% frequentaram um curso médio e 11,4% frequentaram um curso superior.

Relativamente à situação profissional, verifica-se que 80% da amostra está empregada. As restantes situações distribuem-se da seguinte forma: 5,7% estão desempregados, 11,4% estão reformados e 2,9% são estudantes.

Quanto à área de residência salienta-se uma maior incidência na área do Porto com 87,7%, 11,4 residem em Braga e 2,9% em Santarém.

Tabela 1: Descrição da Amostra – dados demográficos

		<i>N</i>	%
Género	Masculino	24	68,6%
	Feminino	11	31,4%
Estado Civil	Solteiros	7	20%
	Casados/ União de Facto	27	77,1%
	Viúvos	1	2,9%
Habilitações Literárias	1 a 4 anos	8	22,9%
	5 a 6 anos	10	28,6%
	7 a 9 anos	8	22,9%
	10 a 12 anos	3	8,6%
	Curso médio	2	5,7%
	Curso superior	4	11,4%
Situação Profissional	Empregado	28	80,0%
	Desempregado	2	5,7%
	Reformado	4	11,4%
	Estudante	1	2,9%
Residência	Braga	4	11,4%
	Porto	30	85,7%
	Santarém	1	2,9%

Quanto às variáveis clínicas, os participantes apresentavam diagnóstico de psoríase feito em média há cerca de 15 anos ($M = 15,31$, $DP = 14,35$; variação entre menos de 1 ano e 52 anos). Quanto a história de psoríase familiar, 42,9% responderam que existem familiares portadores e 57,1% responderam negativamente.

Relativamente ao recurso a profissionais para o tratamento da psoríase, os participantes foram questionados sobre o número de dermatologistas a que recorreram nos últimos 2 anos. Verificamos que entre os 35 participantes que facultaram esta informação, 82,9% recorreram a 2 ou menos destes médicos, 8,6% entre 3 a 5, e os restantes 5,7% recorreram a 5 ou mais. Em relação ao recurso a outras especialidades médicas, 91,4% ($n = 32$) dos participantes referiram terem consultado 2 ou menos e 5,7% ($n=2$) recorreram entre 3 a 5 médicos de outras especialidades.

No que diz respeito à percepção que têm da gravidade da doença, 42,9% consideram a sua psoríase ligeira, 40% moderada e 17,1% como sendo grave. Analisamos o número de dias que os participantes faltaram ao trabalho/escola por causa da doença nos últimos 6 meses, concluímos que nunca faltaram ao trabalho devido à psoríase. Analisamos ainda o número de dias que os participantes alteraram a atividade diária devido à doença nos últimos 6 meses verificamos que em média alteraram 5,17 dias ($DP= 30,42$). Relativamente à relação com os familiares ou cônjuges, 8,6% responderam que as relações foram afetadas e 91,4 não sofreram alterações. Quanto ao impacto que a psoríase tem na vida social, 68,6% responderam nenhum, 17,1% pouco e 14,3% bastante.

Quando questionados sobre se alguma vez foi negado o acesso a alguma atividade profissional por causa da psoríase, todos os participantes responderam que não, foram ainda questionados se a psoríase condicionou a opção profissional à qual todos os participantes responderam de igual forma ($n = 35$). Verificamos que os participantes gastam em média por mês no tratamento da psoríase 9,52 euros ($DP = 7,59$). Averiguamos que 37,1% dos participantes apresentam outras doenças, como doenças respiratórias (2,9%), ansiedade (2,9%), depressão (5,7%), doenças cardiovasculares (14,3%), osteoarticulares (5,7%) e metabólicas (17,1%).

Quanto ao acompanhamento psicológico/psiquiátrico 5,7% referem que têm acompanhamento que iniciaram há mais de 6 meses em 5,7% dos casos. Verificamos ainda que 20% dos participantes tomam ansiolíticos ou antidepressivos.

Analisamos os comportamentos de saúde dos participantes referentes à última semana anterior à administração do protocolo e apuramos que em média os participantes fumam por dia 3,89 cigarros ($DP = 8,65$). Quanto à ingestão de cafés diária verificamos uma média de 1,36 unidades ($DP = 1,59$) e o consumo de “fast food” por semana é em média 0,07 ($DP = 0,25$). Em relação ao consumo de álcool por dia em decilitros encontramos uma média de 1,14 ($DP = 1,19$). Ainda em relação aos comportamentos de saúde questionamos o número de horas de exercício físico praticado por semana sendo que a média é de 3,09 ($DP = 11,91$). Quanto ao número de horas de sono diárias os participantes referem que em média dormirem 7,23 horas ($DP = 1,65$). No que diz respeito aos números de horas de permanência ao ar livre por semana em média são 21,86 horas ($DP = 26,90$). A Tabela 2 descreve os períodos de agravamento e melhoria da psoríase por estação do ano referenciados pelos voluntários.

Tabela 2: **Período de agravamento e melhoria da doença**

	Período de agravamento da doença		Período de melhoria da doença	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Primavera	1	2,9	0	0
Verão	3	8,6	21	60,0
Outono	3	8,6	1	2,9
Inverno	17	48,6	2	5,7
Indiferente	11	31,4	11	31,4

Quando questionados se utilizam em casa de forma regular algum sistema de aquecimento, 48,8% responderam que não e 32,6% responderam que sim.

Instrumento

Os instrumentos usados na presente investigação são uma Ficha Sociodemográfica e Clínica (Almeida, & Teixeira, 2011) (Anexo I), o SAPASI – Índice autoadministrado da área e severidade da psoríase (Feldman et al.,1996; Ribeiro, 2011) (Anexo II) e a Ficha de Adesão à Terapêutica (Teixeira, Almeida, Teixeira, & Almeida, 2011) (Anexo III).

A Ficha Sociodemográfica e Clínica (Almeida, & Teixeira, 2011) permite uma breve recolha de dados sociodemográficos, nomeadamente dados pessoais tais como género, idade, estado civil, profissão, situação profissional e zona de residência. Contém uma breve recolha de dados de saúde respeitantes à história clínica do participante, tais como primeiro diagnóstico de psoríase, história familiar de psoríase, número de médicos que consultou para o tratamento da psoríase nos últimos dois anos, grau de satisfação com o tratamento atual, número de dias que faltou ao trabalho/escola, bem como o número de dias que alterou as atividades diárias. Inclui ainda a exploração da existência de outras doenças físicas e da existência de ansiedade e/ou depressão, acompanhamento psicológico/ psiquiátrico, toma de ansiolíticos ou antidepressivos. Por último uma breve recolha referente a comportamentos de saúde (na última semana), número de cigarros e cafés por dia, quantidade de bebidas alcoólicas ingeridas por dia, número de horas de exercício físico semanais e número de horas de sono diárias.

O SAPASI (Feldman et al.,1996; Ribeiro, 2011) consiste numa autoavaliação da área e severidade da psoríase que permite aos pacientes medir objetivamente a severidade da sua psoríase, tendo sido este instrumento adaptado e validado para a população portuguesa por Ribeiro (2011). A medida tem em conta a área das lesões de psoríase no corpo e as características destas lesões: a vermelhidão, a espessura e a descamação.

Os sujeitos sombreiam numa silhueta a área afetada com as lesões de psoríase no momento, bem como a vermelhidão, a espessura e a descamação das mesmas. Para pontuar o instrumento, o avaliador primeiro divide a área envolvida em quatro regiões: cabeça, membros superiores, tronco e membros inferiores. A pontuação é feita numa escala de 0 a 6, onde 0 indica que não há envolvimento, 1 é <10%, 2 de 11-30%, 3 de 31-50%, 4 de 51-70%, 5 de 71-90% e 6 de 91-100%. Cada uma das pontuações das quatro áreas é multiplicada por uma constante indicativa da dimensão da região do corpo. A área da cabeça é multiplicada por 0,1; a área dos membros superiores por 0,2; a área do tronco por 0,3 e a área dos membros inferiores por 0,4. Estas pontuações da área normalizadas são então somadas originando a pontuação de área total. A cor, espessura e escamação são pontuadas medindo, em milímetros, o comprimento entre o início da linha e a marca feita pelo sujeito. Estes comprimentos são então somados e divididos pelo comprimento total da linha em milímetros. Este é multiplicado por quatro para normalizar cada uma das pontuações do comprimento para uma escala de 0-4. Multiplicado o resultado pela pontuação da área total obtém-se a pontuação final do SAPASI. Esta pontuação final se for igual a zero considera-se que o sujeito se encontra em remissão; entre 0,1-3 o sujeito tem uma psoríase ligeira; 3,1 – 15 é considerada moderada e se o valor for maior que 15 é considerada grave.

A Ficha de Adesão à Terapêutica (Teixeira, Almeida, Teixeira, & Almeida, 2011), desenvolvida e validada no presente trabalho apresenta 7 questões, as duas primeiras referem-se ao tratamento sobre o qual está a ser efetuado o estudo da adesão, medicamento prescrito e modo de aplicação com questões do tipo fechadas (numa escala de medida nominal). A ficha contém ainda questões sobre se foi prestado esclarecimento sobre o tratamento na farmácia (item 3), se o indivíduo foi unicamente o próprio a aplicar o tratamento (item 4) e se utiliza cosméticos como forma complementar ao tratamento da psoríase (item 5), itens respondidos de forma dicotómica (i.e. “sim/não”). Os itens 6 e 7 dão informação sobre a adesão ao tratamento. No item 6 no qual é perguntado durante quanto tempo foi aplicado o tratamento, a resposta pode ser dada de duas formas, numa resposta de medida de escala de rácio ou numa resposta tipo escala ordinal. Na questão 7 o doente informa acerca da sua opinião sobre o modo como cumpriu o tratamento, numa resposta tipo *Likert*. O último item permite assinalar as razões para o não cumprimento do tratamento na totalidade com tópicos de resposta e uma opção de resposta aberta.

Desenho e Procedimentos

Efetuuou-se um estudo piloto para fornecer informação relevante para a investigação principal que consistiu no desenvolvimento de uma versão preliminar do questionário que foi aplicada num pré-teste a 6 doentes de modo a efetuar a validação do conteúdo (Hill & Hill, 2000). Esta versão preliminar foi desenvolvida com o apoio de médicos dermatologistas e investigadores de forma a produzir-se questões importantes e que fossem de resposta fácil para a amostra, tendo como objetivo seleccionar os melhores itens a serem incluídos na versão do questionário a validar no presente estudo.

Trata-se de um estudo transversal. Numa primeira fase os sujeitos são contactados pelos investigadores onde é facultada toda a informação necessária ao voluntário, nomeadamente é explicado que existirá um segundo momento de avaliação e assinado o consentimento informado (Anexo IV). Nesta fase é aplicada a Ficha Sociodemográfica e Clínica, o SAPASI, e entregue o diário de medicação. Na segunda fase da investigação, passados 45 dias, são aplicados a Ficha de Adesão à Terapêutica e novo SAPASI. Para proceder à validação cruzada da Ficha de Adesão à Terapêutica, utilizámos como critério um diário de medicação (Anexo V) entregue no 1º tempo de estudo. Neste diário o paciente assinala a aplicação do medicamento com uma cruz. Esta medida serve para cruzar os valores de adesão resultantes da Ficha de Adesão à Terapêutica.

Os dados foram inseridos e tratados no programa estatístico SPSS - 21 (Statistical Package for the Social Sciences).

Resultados

Relativamente aos itens: esclarecimento sobre a aplicação da medicação; se foi entregue informação adicional sobre o tratamento; se foi recomendado o uso de cosméticos; e se utiliza cosméticos, podemos verificar estas informações na tabela 3 relativamente aos inquiridos que facultaram essa informação.

Tabela 3: Informações e uso de cosméticos

	<i>N</i>	<i>%</i>
Ficou esclarecido sobre a forma de aplicação		
Sim	28	65,1
Não	3	7,0
Entregue informação sobre o tratamento		

	Sim	14	32,6
	Não	18	41,9
Foi recomendado o uso de cosméticos			
	Sim	11	25,6
	Não	21	48,8
Utiliza cosméticos como complemento ao tratamento			
	Sim	20	58,1
	Não	15	23,3

Quanto ao número de aplicações do tratamento feitas pelos utentes foi de 1,00 ($DP=0,49$), sendo que a prescrição médica era em média de 1,19 ($DP=0,48$).

Relativamente ao facto de ter sido prestado esclarecimento na farmácia sobre a terapêutica, 2,3% responderam que sim e 79,1% responderam que não. Verificamos que 58,1% dos inquiridos referem ter sido o próprio a aplicar o tratamento e 23,3% precisou da ajuda de terceiros.

No que diz respeito ao tempo em média, que aplicaram o tratamento, os inquiridos referem em média aplicação durante 32,06 dias ($DP=12,85$). Podemos verificar na tabela 4 como consideraram a duração do tratamento e o seu cumprimento.

Tabela 4: **Duração e cumprimento do tratamento**

	<i>N</i>	%
Durante quanto tempo aplicou o tratamento		
45 dias ou mais	9	20,9
De 20 a 45 dias	19	44,2
Menos de 20 dias	7	16,3
Nunca	0	0
Cumpriu o tratamento		
Sempre	13	30,2
Muitas vezes	12	27,9
Algumas vezes	6	14,0
Poucas vezes	4	9,3
Nunca	0	0

Relativamente às médias de adesão verificamos que em média no que diz respeito a média da adesão do diário de medicação é 73,48 ($DP=48,76$) e a média da adesão na ficha é 69,55 ($DP= 44,59$) As razões apresentadas para não aderirem ao tratamento pelos sujeitos

que facultaram esta informação foram as seguintes: 9,3% aponta a ineficácia do tratamento; 2,3% referem que o tratamento interfere com atividades da vida diária; 14,0% esqueceram-se de aplicar o tratamento; 2,3% consideram o tratamento caro; 4,7% consideram o horário de aplicação inconveniente e 2,3% referem que o medicamento é difícil de espalhar.

A análise dos resultados revelou alguns dados que podem ser classificados como sobre-adesão (superior a 130 %, tal como avaliada no diário), que foram removidas das análises subsequentes afim de não enviesar os resultados. Pelo mesmo motivo, as observações dos indivíduos para os quais foi prescrito um regime posológico inferior a uma aplicação diária foram também desconsideradas.

Verificou-se que os itens 6 (ordinal) e 7 não são independentes (teste de Fisher, $p=0,00034$) logo existe uma associação entre as respetivas respostas. A correspondente análise de correlação policórica revelou um coeficiente de 0,86. Podemos concluir que os indivíduos responderam de forma coerente aos dois itens. O item 6 (variável contínua) apresentou um coeficiente de correlação poliserial de -0,625 com o item 6 (ordinal) e de -0,787 com o item 7. Estes resultados permitem concluir que as respostas a estes três itens estão associadas (Figs. 3 e 4).

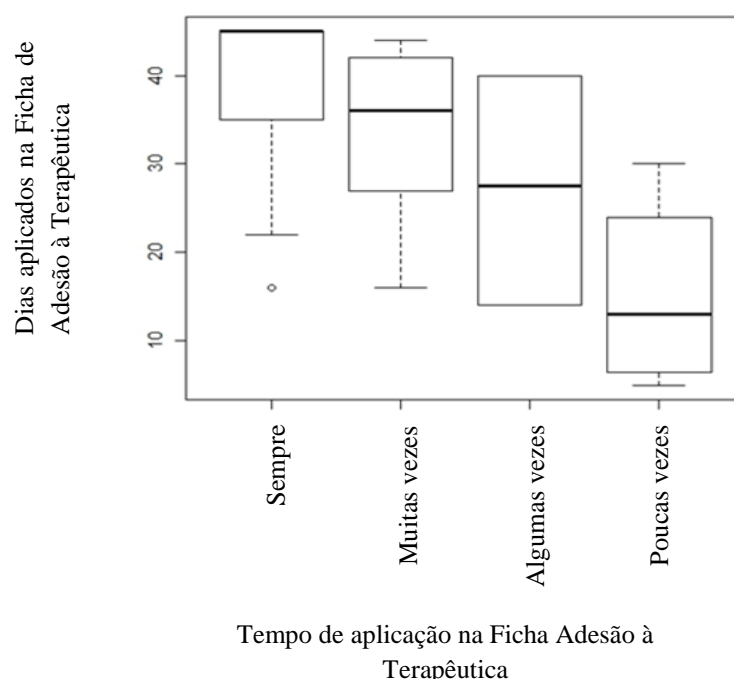


Figura 3. Dias e tempo de aplicação na Ficha Adesão à Terapêutica

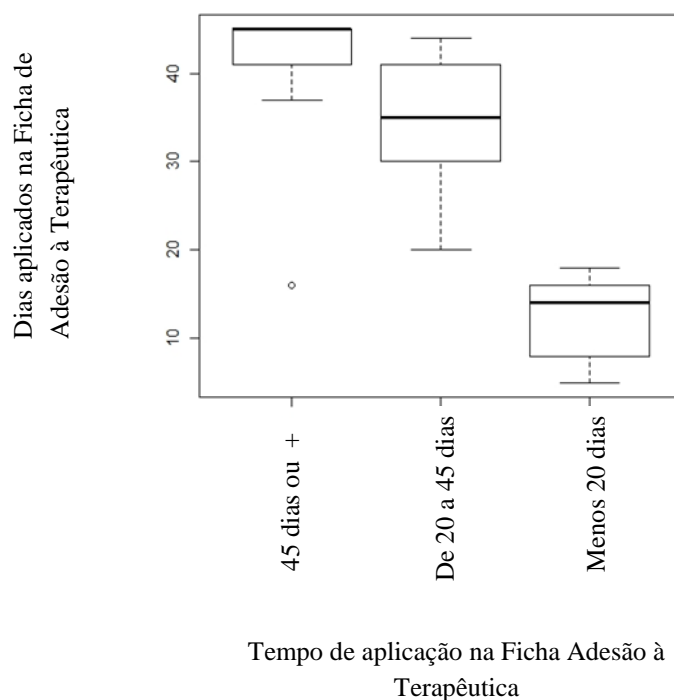


Figura 4. Dias e tempo aplicado na Ficha de Adesão à Terapêutica

O item 3 apresentou coeficientes de correlação policórica inferiores a 0,1 com os itens 6 (ordinal) e 7. Os itens 4 e 5 apresentaram correlações mais elevadas com o item 6 (ordinal) (-0,353 e -0,254, respetivamente) e com o item 7 (-0,338 e -0,285, respetivamente) Estes resultados sugerem que o uso de cosméticos e em particular o facto de o doente não ser o único a aplicar o medicamento podem influenciar a adesão à terapêutica.

Uma das metodologias de avaliação da adesão à terapêutica é a utilização de um diário de medicação. Para validação do questionário os resultados foram correlacionados com os resultados obtidos com o diário. O item 6 (variável continua) apresentou um coeficiente de correlação de *Pearson* é de $R= 0,882$ ($p \leq 0,001$) com o número de dias em que o tratamento foi cumprido tal como assinalado no diário, o que revela uma elevada associação (Fig. 5). Este último parâmetro também apresentou uma elevada correlação com o item 6 (ordinal) e o item 7 (coeficiente de correlação poliserial de -0,660 e de -0,787, respetivamente). A adesão à terapêutica calculada no questionário apresentou uma forte correlação com a adesão calculada com base no diário de medicação ($R= 0,819$, $p \leq 0,001$ Fig.6) Estes resultados atestam a validade do questionário desenvolvido neste estudo como metodologia de avaliação da adesão ao tratamento da psoríase com medicamentos de uso cutâneo.



Figura 5. Correlação de *Pearson* para dias de tratamento

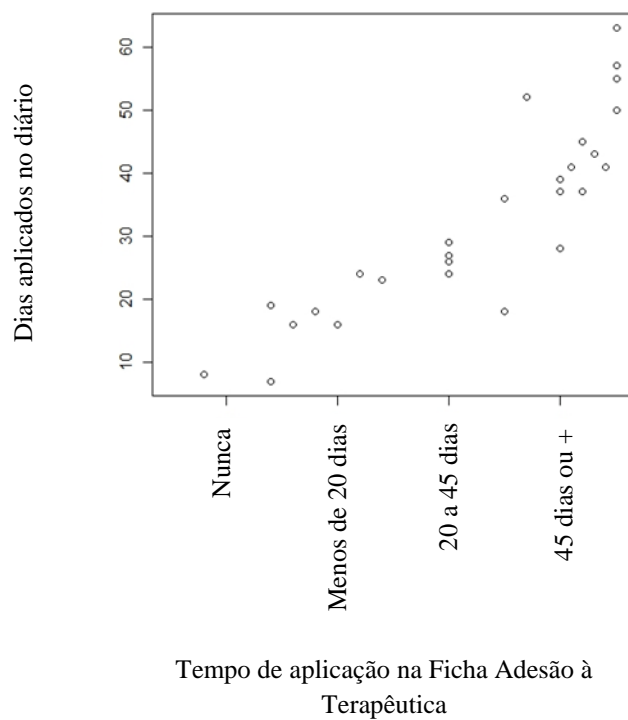


Figura 6. Correlação de *Pearson* para dias de tratamento

Discussão

De acordo com a análise dos resultados obtidos, no que respeita às características clínicas da amostra, salienta-se que 42,9% tem histórico de psoríase familiar, concordantemente com literatura consultada, que afirma a existência de uma componente hereditária da psoríase (Fitzpatrick, Eisen, Wolff, Freedberg & Austen, 1999).

Finlay et al., (2001) concluíram que a psoríase pode atingir ambos os sexos igualmente, bem como Henseler e Christophers (1985) também concluíram que a psoríase tem igual incidência em homens e mulheres. No nosso estudo verificamos uma heterogeneidade entre género (sexo masculino n =24; sexo feminino n = 11) o que pode ser explicado por uma das limitações da nossa investigação que se prende com um reduzido número de participantes.

Verificamos ainda que, os participantes do presente estudo apresentam outras doenças associadas à psoríase, sendo que cerca de 37,1% dos participantes responderam positivamente acerca da existência de comorbilidades, nomeadamente doenças respiratórias (2,9%), ansiedade (2,9%), depressão (5,7%), doenças cardiovasculares (14,3%), osteoarticulares (5,7%) e metabólicas (17,1%) (Kane, Stafford, Bresnihan, & FitzGerald 2003; Sommer, Jenisch, Suchan, Christophers, Weichenthal, 2006).

Dunbar-Jacob e Mortimer-Stephens (2001) referem que as razões mais comuns para a não-adesão ao tratamento é o esquecimento, a interferência nas atividades diárias do sujeito, elevado custo do tratamento, o que podemos comprovar no nosso estudo.

Tendo em conta os resultados da análise estatística da Ficha de Adesão à Terapêutica, o nível de associação entre o item 6 (ordinal) e o 7 concluímos que estes são dependentes, ou seja, existe relação entre respostas. É notório ainda que as correlações entre o item 6 (variável continua) com o item 6 (ordinal) e o item 7 comprovam que estes itens estão associados tal como era esperado, visto que ambos os itens procuram mensurar o modo como o doente cumpriu o tratamento, por um lado o tempo de aplicação e por outro a opinião subjetiva de o grau com que o fez.

No que diz respeito à correlação entre os itens 4 e 5 com os itens 6 e 7, concluímos que o uso de cosméticos e em particular o facto de o doente não ser o único a aplicar o medicamento podem influenciar a adesão à terapêutica. Sendo uma correlação negativa sabemos que quando uma variável aumenta a outra diminui.

Uma vez que uma das metodologias de avaliação à adesão terapêutica é a utilização de um diário de medicação, torna-se pertinente correlacionar os resultados do questionário

com os resultados do diário. Assim, verificamos que a correlação entre o item 6 (variável continua) e a questão número de dias em que o tratamento foi cumprido (assinalado no diário) foi positiva e estatisticamente significativa comprovando deste modo a associação entre elas. Do mesmo modo analisamos que a questão número de dias em que o tratamento foi cumprido (no diário) correlaciona-se com o item 6 (ordinal) e o item 7.

Relativamente à correlação entre a adesão terapêutica (questionário) e a adesão calculada no diário, verifica-se que estas apresentam correlação positiva e estatisticamente significativa. Com isto, concluímos de forma satisfatória a validade do questionário de adesão à psoríase tornando este um adequado e pertinente instrumento em investigações ligadas ao tratamento da psoríase com terapêutica cutânea.

Contudo, este é apenas um primeiro contributo no processo de avaliação da adesão ao tratamento na psoríase, pelo que se sugere a realização de estudos futuros que visem outras características métricas que não foram agora contempladas, tais como: a sensibilidade e fiabilidade. Esta amostra sendo suficiente para a validação do Questionário de Adesão à Terapêutica Tópico na Psoríase, parece não ser suficientemente grande para caracterizar a psoríase e o seu impacto na população portuguesa, tornando-se deste modo uma das limitações do nosso estudo. Para tal seria interessante alargar a respetiva amostra e incluir mais doentes de outras zonas de Portugal continental e das ilhas.

Referências

- Aurélio, D. (2010). *Contribuição para a compreensão da psoríase a partir da perspectiva psicanalítica da psicossomática*. Lisboa: Dissertação de mestrado, Faculdade de Psicologia.
- Barros, L. A. (2009). *Dicionário de Dermatologia*. São Paulo, Brasil: Cultura Académica Editora.
- Bewley, A., & Page, B. (2011). Maximizing patient adherence for optimal outcomes in psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, pp. 9-14.
- Bhosle, M. J., Kulkarni, A., Feldman, S. R., & Balkrishnan, R. (2006). Quality of life in patients with psoriasis. *Health and Quality of Life Outcomes*, pp. 1-7.
- Bloch, K., Melo, A., & Nogueira, A. (2008). Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. *Caderno de Saúde Pública*, pp. 2979-2984.

- Bowcock, A. (2005). The genetics of psoriasis and autoimmunity. *Annual Review of Genomics and Human Genetics*, pp. 93-122.
- Carrascosa, J. M., Pujol, R., Hernanz-Hermosa, J. M., Bordas, X., Smandia, J. A., & Ferrándiz, C. (2006). A prospective evaluation of the cost of psoriasis in Spain (EPIDERMA project: Phase II). *European Academy of Dermatology and Venereology*, pp. 840-845.
- Christophers, E. (2001). Psoriasis - epidemiology and clinical spectrum. *Clinical and Experimental Dermatology*, pp. 314-320.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-Determination Theory: A Macrotheory of Human Motivation, Development, and Health. *Canadian Psychological Association*, pp. 182–185.
- Devaux, S., Castela, A., Archier, E., Gallini, A., Joly, P., Misery, L., . . . Paul, C. (2012). Adherence to topical treatment in psoriasis: a systematic literature review. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, pp. 61–67.
- Dias, A., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A., & Castro, S. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: revisão da literatura. *Millenium*, pp. 201-219.
- Dunbar-Jacob, J., & Mortimer-Stephens, M. K. (2001). Treatment adherence in chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology* 54 (2001) S57–S60, pp. 57-60.
- Farmer, K. C. (1999). Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. *Clinical Therapeutics*, pp. 1074-1090.
- Feldman, S. (2010). Approaching psoriasis differently: patient-physician relationships, patient education and choosing the right topical vehicle. *Journal of Drugs in Dermatology*, pp. 908-911.
- Feldman, S. R., Horn, E. J., Balkrishnan, R., Basra, M. K., Finlay, A. Y., McCoy, D., . . . van de Kerkhof, P. C. (2008). Psoriasis: Improving adherence to topical therapy. *Journal of the American Academy of Dermatology*, pp. 1009-1016.
- Feldman, S., Fleischer, A., Reboussin, D., Rapp, S., Exum, M., Clark, A., & Nurre, L. (1996). The self administered psoriasis area and severity index is valid and reliable. *Journal of Investigative Dermatology*, pp. 183-186.
- Ferrándiz, C., Bordas, X., García-Patos, V., Pujol, R., & Smandía, A. (2001). Prevalence of psoriasis in Spain (Epiderma Project: phase I). *European Academy of Dermatology and Venereology*, pp. 20-23.
- Ferreira, P. (2000). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II – Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*, pp. 119-127.

- Ferreira, P. (2012). *PSO Portugal*. Obtido de Associação Portuguesa da Psoríase : <http://www.psoportugal.com/>
- Finlay, A. (2001). Psoriasis from the patient's point of view. *Archives of Dermatology*, 352-353.
- Fitzpatrick, T., Eisen, A., Wolff, K., Freedberg, I., & Austen, K. (1999). *Dermatology in general medicine*. New York: McGraw-Hill.
- Foraster, C., García-Díez, A., Tudela, L., Bermúdez-Rey, L., & Llacho, X. (2007). Impacto de la psoriasis en la calidad de vida relacionada con la salud. *Medicine Clinic*, pp. 325-329.
- Fouéré, S., Adjadj, L., & Pawin, H. (2005). How patients experience psoriasis: results from a European survey. *Journal of the European Academy of Dermatology & Venereology*, pp. 2-6.
- Galadari, I., Sharif, M. O., & Galadari, H. (2005). Psoriasis: a fresh look. *Clinics in Dermatology*.
- Garrett, S. P. (2008). *Adesão ao tratamento da diabetes em adolescentes: fatores motivacionais*. Porto: Dissertação de Mestrado da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1992). *O Inquérito - Teoria e Prática*. Oeiras: Celta.
- Gokdemir, G., Ari, S., & Köslü, A. (2007). Adherence to treatment in patients with psoriasis vulgaris: Turkish experience. *Journal European Academy of Dermatology and Venereology*, pp. 330-335.
- Griffiths, C., & Barker, J. (2007). Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *The Lancet*, pp. 263-272.
- Gupta, G., Mallefet, P., Kress, D. W., & Sergeant, A. (2009). Adherence to topical dermatological therapy: lessons from oral drug treatment. *British Journal of Dermatology*, pp. 221-227.
- Gusmão, J. L., & Júnior, D. M. (2006). Adesão ao tratamento - conceitos. *Revista Brasileira de Hipertensão*, pp. 23-25.
- Halvari, A., & Halvari, H. (2007). Motivational predictors of change in oral health: an experimental test of self-determination theory. *Motivation and Emotion*, pp. 295-306.
- Henseler, T., & Christophers, E. (1985). Psoriasis of early and late onset: Characterization oftwo types of psoriasis vulgaris. *Journal of American Academy of Dermatology*, 450-456.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2000). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Sílabo.

- Hong, J., Koo, B., & Koo, J. (2008). The psychosocial and occupational impact of chronic skin disease. *Dermatologic Therapy*, pp. 54-59.
- Horwitz, R. I., & Horwitz, S. M. (1993). Adherence to Treatment and Health Outcomes. *Arch Intern Med*, pp. 1863- 1868.
- Janković, S., Raznatović, M., Marinković, J., Maksimović, N., Janković, J., & Djikanović, B. (2009). Relevance of Psychosomatic Factors in Psoriasis: A Case-control Study. *Acta Dermato-Venereologica*, pp. 364-368.
- Jesus, D. (2010). *Psicossomática na Psoríase*. Porto: Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Jullien, D., & Barker, J. (s.d.). Genetics of Psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, pp. 42-51.
- Kane, D., Stafford, L., Bresnihan, B., & FitzGerald, O. (2003). A prospective, clinical and radiologic study of early psoriatic arthritis: an early synovitis clinic experience. *Rheumatology* , 1460-1468.
- Kivelevitch, D., Tahhan, P., Bourren, P., Kogan, N., Gusis, S., & Rodríguez, E. (2012). Self-medication and adherence to treatment in psoriasis. *International Journal of Dermatology* , pp. 416–419.
- Koehler, A. M., & Maibach, H. I. (2001). Electronic Monitoring in Medication Adherence Measurement. *American Journal of Clinical Dermatology*, pp. 7-12.
- Koek, M., Buskens, E., Steegmans, P., Weelden, H., Bruijnzeel-Koomen, C., & Sigurdsson, V. (2006). UVB phototherapy in an outpatient setting or at home: a pragmatic randomised single-blind trial designed to settle the discussion. The PLUTO study. *BMJ Medical Research Methodology*, pp. 1-11.
- Koek, M., Sigurdsson, V., Weelden, H., Steegmans, P., Bruijnzeel-Koomen, C., & Buskens, E. (2010). Cost effectiveness of home ultraviolet B phototherapy for psoriasis: economic evaluation of a randomised controlled trial (PLUTO study). *BMJ Medical Research Methodology*, pp. 1-11.
- Krueger, G., Koo, J., Lebwohl, M., Menter, A., Stern, R. S., & Rolstad, T. (2001). The Impact of Psoriasis on Quality of Life - Results of a 1998 National Psoriasis Foundation Patient-Membership Survey. *American Medical Association*, pp. 280-284.
- Kurd, S. K., Troxel, A. B., Crits-Christoph, P., & Gelfand, J. M. (2010). The risk of depression, anxiety and suicidality in patients with psoriasis: A population-based cohort study. *Arch Dermatology*, pp. 891-895.
- Kurd, S., Richardson, S., & Gelfand, J. (2007). Update on the epidemiology and systemic treatment of psoriasis. *Expert Review of Clinical Immunology*, pp. 171-185.

- Langley, R., Krueger, G., & Griffiths, C. (2005). Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life . *Annals of the Rheumatic Diseases*, pp. 18-23.
- Lebwohl, M. (2005). A clinician's paradigm in the treatment of psoriasis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, pp. S59-S69.
- Lebwohl, M., Ting, P., & Koo, J. (2005). Psoriasis treatment: traditional therapy. *Annals of the Rheumatic Diseases*, pp. 83-86.
- Lee, J. K., Grace, K. A., & Taylor, A. J. (2006). Effect of a Pharmacy Care Program on Medication Adherence and Persistence, Blood Pressure, and Low-Density Lipoprotein Cholesterol - A Randomized Controlled Trial. *Journal American Medical Association*, pp. 2563-2571.
- Margalho, R., Nazareth, C., Caetano, A., Oliveira, J., Cunha, J., & Meliço-Silvestre, A. (2009). *Método de avaliação e observação clínica de adesão à TARv*. Obtido de Psicologia.com.pt: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0466.pdf>
- Martin, S. L., Dabade, T. S., & Feldman, S. R. (2011). A Red, Scaly Rash: How to Recognize and Treat Psoriasis. *JCOM Journal*, pp. 424-439.
- Martins, A., Ferreira, A., Costa, F., & Cabrita, J. (2006). Como medir (ou não medir) a adesão à terapêutica de erradicação. *Pharmacy Practice*, pp. 88-94.
- Martins, T. (2011). *Dificuldades de Regulação Emocional em Doentes com Psoríase*. Paredes: Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte.
- McKenna, S., Cook, S., Whalley, D., Doward, L., Richards, H., Griffiths, C., & Van Assche, D. (2003). Development of the PSORIQoL, a psoriasis-specific measure of quality of life designed for use in clinical practice and trials. *British Journal of Dermatology*, pp. 323-331.
- Naldi, L., & Gambini, D. (2007). The clinical spectrum of psoriasis. *Clinics in Dermatology*, pp. 510-518.
- Neimann, A. L., Porter, S. B., & Gelfand, J. M. (2006). The epidemiology of psoriasis. *Expert Review of Clinical Immunology*, pp. 63-75.
- Oigman, W. (2006). Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Revista brasileira de hipertensão*, pp. 30-34.
- Oliveira, H. S. (2012). Reflexões sobre o papel de outros profissionais de saúde na adesão à terapêutica em psoríase. *Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia* , pp. 19-24.
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to Medication. *The New England Journal of Medicine*, pp. 487-497.

- Pereira, Â. F. (2011). *Relação entre sintomas psicopatológicos e psoríase - um estudo exploratório*. Paredes: Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte.
- Picardi, A., Pasquini, P., Cattaruzza, M., Gaetano, P., Baliva, G., Melchi, C., . . . Biondi, M. (2003). Only limited support for a role of psychosomatic factors in psoriasis - Results from a case-control study. *Journal of Psychosomatic Research*, pp. 189-196.
- Raddadi, A. A., Fatani, M. I., Shaikh, Y. H., Thaci, D., Al Reshaid, A. A., Al-Eisa, A. M., . . . Al Fadly, A. A. (2011). Adopted guidelines of care for the topical management of psoriasis from American and German guidelines. *Journal of the Saudi Society of Dermatology & Dermatologic Surgery*, pp. 5-13.
- Rapoff, M. A. (2006). Management of adherence and chronic rheumatic disease in children and adolescents. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, pp. 301–314.
- Raychaudhuri, S., & Farber, E. (2001). The prevalence of psoriasis in the world. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, pp. 16-27.
- Ribeiro, C. (2011). *Adaptação e Validação do SAPASI para a População Portuguesa*. Paredes: Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte.
- Richards, H. I., Fortune, D. G., O'Sullivan, T. M., Main, C. J., & Griffiths, C. E. (1999). Patients with psoriasis and their compliance with medication. *American Academy of Dermatology*, pp. 581-583.
- Sabaté, E. (2003). *Adherence to long-term therapies*. Switzerland: Geneva.
- Sajatovic, M., Velligan, D. I., Weiden, P. J., Valenstein, M. A., & Ogedegbe, G. (2010). Measurement of psychiatric treatment adherence. *Journal of Psychosomatic Research*, pp. 591-599.
- Schmitt, J., & Ford, D. E. (2007). Understanding the relationship between objective disease severity, psoriatic symptoms, illness-related stress, health-related quality of life and depressive symptoms in patients with psoriasis - a structural equations modeling approach. *General Hospital Psychiatry*, pp. 134-140.
- Severo, M., Santos, A. C., Lopes, C., & Barros, H. (2006). Fiabilidade e validade dos conceitos teóricos das dimensões de saúde física e mental da versão portuguesa do MOS SF-36. *Acta Médica Portuguesa*, pp. 281-288.
- Silva, J., & Müller, M. (2007). Uma integração teórica entre psicossomática stress e doenças crônicas de pele1. *Estudos de Psicologia*, pp. 247-256.
- Silva, K. S., & Silva, E. A. (2001). Psoríase e sua relação com aspectos psicológicos, stress e eventos de vida. *Estudos de Psicologia*, pp. 257-266.

- Sommer, D., Jenisch, S., Suchan, M., Christophers, E., & Weichenthal, M. (2006). Increased prevalence of the metabolic syndrome in patients with moderate to severe psoriasis. *Archives of Dermatololy*, 321-328.
- Storm, A., Andersen, S. E., Benfeldt, E., & Serup, J. (2008). One in 3 prescriptions are never redeemed: Primary nonadherence in an outpatient clinic. *American Academy of Dermatology*, pp. 27- 33.
- Taner, E., Cosar, B., Burhanoglu, S., Çalıkoglu, E., Önder, M., & Arıkan, Z. (2007). Depression and anxiety in Behçet's disease compared with that in patients with psoriasis . *International Journal of Dermatology*, pp. 1118-1124.
- Teixeira, A. I. (2012). *Adherence to topical treatment in psoriasis*. Porto: Faculdade de Farmácia, Universidade do Porto.
- Telles-Correia, D., Barbosa, A., Mega, I., & Monteiro, E. (2008). Validação do Questionário Multidimensional da Adesão No Doente com Transplante Hepático. *Acta Médica Portuguesa*, pp. 31-36.
- Torres, T. (2012). Adesão à terapêutica tópica em psoríase. *Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia*, pp. 13-17.
- Tsai, T., Wang, T., Hung, S., Tsai, P., Schenkel, B., Zhang, M., & Tang, C. (2011). Epidemiology and comorbidities of psoriasis in a national database in Taiwan. *Jornal of Dermatological Science*, pp. 40-46.
- Valenzuela, F., Silva, P., Valdés, M. P., & Papp, K. (2011). Epidemiology and Quality of Life of Patients With Psoriasis in Chile. *Dermo-Sifiliográficas*, pp. 810-816.
- Van de Kerkhof, P. C. (2006). How to position antipsoriatic treatments? *Journal of Dermatological Treatment*, pp. 325–326.
- Williams, G., McGregor, H., Zeldman, A., Freedman, Z., & Deci, E. (2004). Testing a Self-Determination Theory Process Model for Promoting Glycemic Control through Diabetes Self-Management. *Health Psychology*, pp. 58-66.
- Williams, G., Minicucci, D., Kouides, R., Levesque, C., Chirkov, V., Ryan, R., & Deci, E. (2002). Self-determination, smoking, diet and health. *Health Education Research*, pp. 512-521.
- Zaghloul, S. S., & Goodfield, M. J. (2004). Objective Assessment of Compliance With Psoriasis Treatment. *Journal of the American Medical Association*, pp. 408-414.
- Zanolli, M. (2004). Phototherapy arsenal in the treatment of psoriasis. *Dermatologic Clinics*, pp. 384-406.

Anexo I- Ficha Sociodemográfica e Clínica

Ficha Sócio-Demográfica e Clínica

(Teixeira, A., Almeida, V., Teixeira, M. & Almeida, IF., 2011)

M: _____ US: _____ Data: ____/____/____ Entrevistador: _____

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

1. N.º de Identificação: _____ 2. Sexo: M ☐ F ☐ 3. Idade: _____
4. Estado Civil: Solteiro ☐ Casado/ União de Facto ☐ Divorciado/Separado ☐ Viúvo ☐
5. Habilitações Literárias: Analfabeto ☐ Lê / escreve ☐
- 5.1. Frequência Escolar: 1 a 4 anos ☐ 5 a 6 anos ☐ 7 a 9 anos ☐
10 a 12 anos ☐ Curso médio ☐ Curso superior ☐
6. Profissão: _____
7. Situação profissional: Empregado ☐ Desempregado ☐ Reformado ☐ Estudante ☐
8. Zona residência: Distrito/Concelho _____
9. N.º de pessoas que constituem o agregado familiar _____
10. Utiliza de forma regular algum sistema de aquecimento na sua habitação? Não ☐ Sim ☐

DADOS CLÍNICOS

11. Primeiro diagnóstico médico de psoríase em _____
12. Efetuou esta consulta por agravamento da psoríase: Não ☐ Sim ☐
13. Efetuou esta consulta por indicação médica: Não ☐ Sim ☐
14. Qual o tempo de duração desta consulta: _____ / min.
15. N.º de médicos que consultou para o tratamento da psoríase nos últimos 2 anos:
- Dermatologistas: _____
- Outras especialidades: _____
16. N.º de consultas de dermatologia / por ano: _____
17. Tratamentos anteriores:
- Medicinas alternativas ☐ Aconselhamento Farmacêutico ☐
- Outros _____
18. Possui outras doenças: Não ☐ Sim ☐ Quais?
- | | | |
|--|---|--|
| Doenças Respiratórias <input type="checkbox"/> | Doenças Neurológicas <input type="checkbox"/> | Doenças Osteo-articulares <input type="checkbox"/> |
| Depressão <input type="checkbox"/> | Ansiedade <input type="checkbox"/> | Doenças Cardiovasculares <input type="checkbox"/> |
| Doenças Renais <input type="checkbox"/> | Surdez <input type="checkbox"/> | Doenças Metabólicas <input type="checkbox"/> |
| Cegueira <input type="checkbox"/> | | |
- Outras _____
19. Existem outros membros na família com psoríase? Sim ☐ Não ☐

Ficha Sócio-Demográfica e Clínica

(Teixeira, A., Almeida, V., Teixeira, M. & Almeida, IF., 2011)

20. Durante o exame médico foram observadas as lesões?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
21. Durante o exame foram palpadadas as lesões?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
22. É a primeira vez que lhe é prescrito este tratamento?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
23. Alguns dos medicamentos prescritos são idênticos aos que estava a aplicar? Não <input type="checkbox"/>		
Todos <input type="checkbox"/> Alguns <input type="checkbox"/> Quais? _____		
24. Ficou esclarecido sobre o modo como aplicar a medicação?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Porquê? _____		
25. Foi-lhe entregue informação escrita sobre o tratamento?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
26. Foi recomendado pelo médico o uso de cosméticos (ex: creme hidratante)?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
27. Utiliza cosméticos como complemento do tratamento da psoríase?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
28. Considera a sua doença: Ligeira <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/>		
29. Período do ano com agravamento: Primavera <input type="checkbox"/> Verão <input type="checkbox"/> Outono <input type="checkbox"/> Inverno <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/>		
30. Período do ano com melhoria: Primavera <input type="checkbox"/> Verão <input type="checkbox"/> Outono <input type="checkbox"/> Inverno <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/>		

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA TÓPICA

31. Assinale no quadrado respetivo o número de embalagens prescritas por medicamento:

Diprosone	Pomada <input type="checkbox"/>	Creme <input type="checkbox"/>			
Diprosone N.V.	Pomada <input type="checkbox"/>	Creme <input type="checkbox"/>	Solução <input type="checkbox"/>		
Dermovate	Pomada <input type="checkbox"/>	Creme <input type="checkbox"/>	Solução <input type="checkbox"/>		
Advantan	Pomada <input type="checkbox"/>	Creme <input type="checkbox"/>	Solução <input type="checkbox"/>	Emulsão <input type="checkbox"/>	
Daivonex	Pomada <input type="checkbox"/>	Creme <input type="checkbox"/>	Solução <input type="checkbox"/>		
Bonalfa	Pomada <input type="checkbox"/>				
Silkis	Pomada <input type="checkbox"/>				
Daivobet	Pomada <input type="checkbox"/>				
Xamiol	Gel <input type="checkbox"/>				
Diprosalic	Pomada <input type="checkbox"/>	Solução <input type="checkbox"/>			
Cutivate	Creme <input type="checkbox"/>				
Etrivex	Champô <input type="checkbox"/>				
Micanol	Creme <input type="checkbox"/>				
Manipulado:	Coaltar <input type="checkbox"/>	Ácido Salicílico <input type="checkbox"/>	Ditranol <input type="checkbox"/>		

Forma farmacêutica _____

Outro _____

32. Nº de aplicações por dia: _____

33. Quantidade a aplicar do medicamento (g): _____

34. No caso do tratamento do couro cabeludo, quantas lavagens por semana foram recomendadas pelo médico: _____

35. Nº de dias de duração deste tratamento: _____

Ficha Sócio-Demográfica e Clínica

(Teixeira, A., Almeida, V., Teixeira, M. & Almeida, IF., 2011)

COMPORTAMENTOS DE SAÚDE (ÚLTIMA SEMANA)

36. Nº de cigarros por dia: _____
37. Nº de cafés por dia: _____
38. Quantidade de bebidas alcoólicas por dia: _____
39. Nº de horas de exercício físico por semana: _____
40. Nº de horas de permanência ao ar livre por semana: _____
41. Nº de horas de sono por dia: _____
42. Quantas vezes por semana consome “fast food”: _____

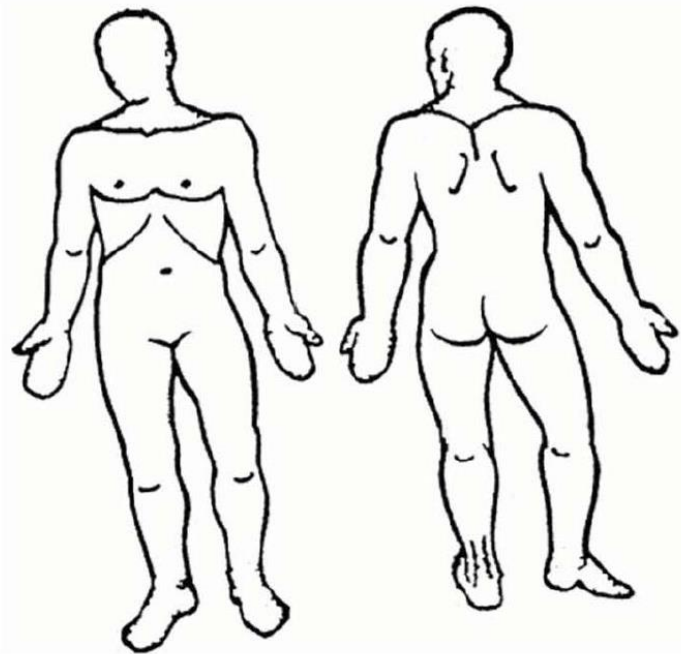
OUTROS DADOS

43. É acompanhado por psicólogo/psiquiatra? Não ☐
Sim ☐ Início das consultas? > 6 meses ☐ < 6 meses ☐
Número de consultas/ano _____
44. Toma ansiolíticos ou antidepressivos? Sim ☐ Não ☐
45. Quanto gasta no tratamento da psoríase? _____ €/mês
46. Em média quantos dias faltou ao trabalho/escola por causa desta doença (últimos 6 meses)?
_____ Não faltou ☐
47. Em média quantos dias alterou a sua atividade diária por causa desta doença/sintomas (últimos 6 meses)? _____ Não alterou ☐
48. Alguma vez lhe foi negado o acesso a alguma atividade profissional por causa da psoríase?
Sim ☐ Não ☐
49. A psoríase condicionou a sua opção profissional? Sim ☐ Não ☐
50. Acha que a doença altera o seu relacionamento com a família/cônjuge? Sim ☐ Não ☐
51. Qual o impacto da doença na vida social? Nenhum ☐ Pouco ☐ Bastante ☐

Anexo II – SAPASI – Índice autoadministrado da área e severidade da psoríase

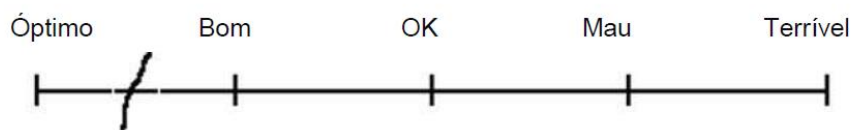
Como está a sua
psoríase **HOJE?**

1. Assinale na figura, sombreando, os locais onde tem psoríase, o melhor que consiga.

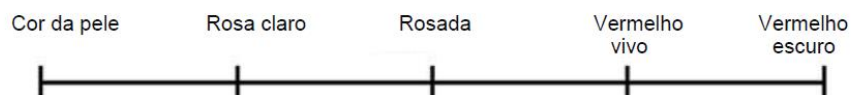


2. Responda a cada questão colocando uma marca na linha para mostrar, em média, quão vermelhas, espessas e descamativas são as suas lesões de psoríase (ver exemplo)

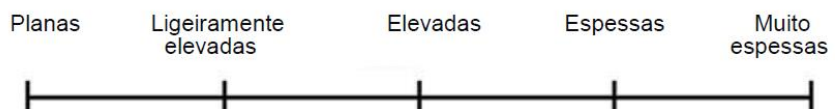
EXEMPLO:



A. Qual a cor, em média, das suas lesões de psoríase ?



B. Qual a espessura, em média, das suas lesões de psoríase ?



C. Qual a descamação, em média, das suas lesões de psoríase ?



Copyright 1994 Wake Forest University

Ficha de Adesão à Terapêutica

(Teixeira, A., Almeida, V., Teixeira, M. & Almeida, IF., 2011)

Nº Identificação: _____

Data: ____/____/____

Entrevistador: _____

1 Informação sobre tratamento

1. Que tratamento foi prescrito pelo seu médico?

Diprosone	Pomada <input type="checkbox"/>	Creme <input type="checkbox"/>		
Diprosone N.V.	Pomada <input type="checkbox"/>	Creme <input type="checkbox"/>	Solução <input type="checkbox"/>	
Dermovate	Pomada <input type="checkbox"/>	Creme <input type="checkbox"/>	Solução <input type="checkbox"/>	
Advantan	Pomada <input type="checkbox"/>	Creme <input type="checkbox"/>	Solução <input type="checkbox"/>	Emulsão <input type="checkbox"/>
Daivonex	Pomada <input type="checkbox"/>	Creme <input type="checkbox"/>	Solução <input type="checkbox"/>	
Bonalfa	Pomada <input type="checkbox"/>			
Silkis	Pomada <input type="checkbox"/>			
Daivobet	Pomada <input type="checkbox"/>			
Xamiol	Gel <input type="checkbox"/>			
Diprosalic	Pomada <input type="checkbox"/>	Solução <input type="checkbox"/>		
Cutivate	Creme <input type="checkbox"/>			
Etrivex	Champô <input type="checkbox"/>			
Micanol	Creme <input type="checkbox"/>			
Outro	<input type="checkbox"/>			
Manipulado	<input type="checkbox"/>			

2. Quantas aplicações ao dia/ por medicamento?

Diprosone	Manhã <input type="checkbox"/>	Noite <input type="checkbox"/>	Outra <input type="checkbox"/>
Diprosone N.V.	Manhã <input type="checkbox"/>	Noite <input type="checkbox"/>	Outra <input type="checkbox"/>
Dermovate	Manhã <input type="checkbox"/>	Noite <input type="checkbox"/>	Outra <input type="checkbox"/>
Advantan	Manhã <input type="checkbox"/>	Noite <input type="checkbox"/>	Outra <input type="checkbox"/>
Daivonex	Manhã <input type="checkbox"/>	Noite <input type="checkbox"/>	Outra <input type="checkbox"/>
Bonalfa	Manhã <input type="checkbox"/>	Noite <input type="checkbox"/>	Outra <input type="checkbox"/>
Silkis	Manhã <input type="checkbox"/>	Noite <input type="checkbox"/>	Outra <input type="checkbox"/>
Daivobet	Manhã <input type="checkbox"/>	Noite <input type="checkbox"/>	Outra <input type="checkbox"/>
Xamiol	Manhã <input type="checkbox"/>	Noite <input type="checkbox"/>	Outra <input type="checkbox"/>
Diprosalic	Manhã <input type="checkbox"/>	Noite <input type="checkbox"/>	Outra <input type="checkbox"/>
Cutivate	Manhã <input type="checkbox"/>	Noite <input type="checkbox"/>	Outra <input type="checkbox"/>
Etrivex	Manhã <input type="checkbox"/>	Noite <input type="checkbox"/>	Outra <input type="checkbox"/>
Micanol	Manhã <input type="checkbox"/>	Noite <input type="checkbox"/>	Outra <input type="checkbox"/>
Outro	Manhã <input type="checkbox"/>	Noite <input type="checkbox"/>	Outra <input type="checkbox"/>
Manipulado	Manhã <input type="checkbox"/>	Noite <input type="checkbox"/>	Outra <input type="checkbox"/>

Ficha de Adesão à Terapêutica

(Teixeira, A., Almeida, V., Teixeira, M. & Almeida, IF., 2011)

Informação sobre adesão

3. Foi prestado esclarecimento sobre o tratamento na farmácia? Sim ☐ Não ☐
4. Foi unicamente o próprio a aplicar a medicação? Sim ☐ Não ☐
5. Utilizou cosméticos como complemento do tratamento da psoríase? Sim ☐ Não ☐

Porquê?

6. Durante quanto tempo aplicou o tratamento? / dias

45 dias ou mais ☐ De 20 a 45 dias ☐ Menos de 20 dias ☐ Nunca ☐

7. Cumpriu o tratamento prescrito?

Sempre ☐ Muitas Vezes ☐ Algumas Vezes ☐ Poucas Vezes ☐ Nunca ☐

Se não cumpriu o tratamento na totalidade, assinale a(s) razão(ões) que levaram à não adesão:

- | | |
|--|--------------------------|
| O tratamento não é eficaz | <input type="checkbox"/> |
| O tratamento interfere com as atividades diárias | <input type="checkbox"/> |
| Tenho medo dos efeitos secundários | <input type="checkbox"/> |
| Esqueci-me | <input type="checkbox"/> |
| O tratamento é caro | <input type="checkbox"/> |
| O tempo de aplicação é muito longo | <input type="checkbox"/> |
| O local de aplicação é de difícil acesso | <input type="checkbox"/> |
| O horário de aplicação é inconveniente | <input type="checkbox"/> |
| As instruções de aplicação são pouco claras | <input type="checkbox"/> |
| O medicamento é difícil de espalhar | <input type="checkbox"/> |
| O medicamento deixa manchas na roupa ou superfícies | <input type="checkbox"/> |
| O medicamento tem cheiro desagradável | <input type="checkbox"/> |
| O medicamento tem cor desagradável | <input type="checkbox"/> |
| O medicamento tem aspeto desagradável | <input type="checkbox"/> |
| O medicamento alterou-se | <input type="checkbox"/> |
| O medicamento deixou a pele seca | <input type="checkbox"/> |
| O medicamento provocou prurido | <input type="checkbox"/> |
| O tratamento foi eficaz | <input type="checkbox"/> |
| O medicamento prejudica as características do cabelo | <input type="checkbox"/> |
| O medicamento deixa resíduos no cabelo | <input type="checkbox"/> |
| O medicamento deixa o cabelo baço | <input type="checkbox"/> |
| O medicamento deixa o cabelo áspero | <input type="checkbox"/> |

Ficha de Adesão à Terapêutica

(Teixeira, A., Almeida, V., Teixeira, M. & Almeida, IF., 2011)

O medicamento deixa o cabelo oleoso ☐

O medicamento provoca queda de cabelo ☐

O medicamento provoca descamação do couro cabeludo ☐

Outras razões:

Anexo IV – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Termo de aceitação de participação voluntária no estudo “Estudo do efeito dos fatores psicossociais e tecnológicos na adesão à terapêutica em pacientes com psoríase” no âmbito do projeto de Doutorado na Universidade do Porto – Faculdade de Farmácia.

Nome:

Sexo:

Nº identificação:

Data de nascimento:

Declaro que fui informado acerca das condições e do objetivo do presente estudo e das instruções a cumprir.

Fui informado da possibilidade de desistência, em qualquer fase do estudo.

Estou ciente de que os dados obtidos neste estudo serão registados e poderão ser divulgados em publicações de natureza científica ou académica, sendo contudo mantido o anonimato dos mesmos. Foram-me indicados um contato telefónico e um endereço eletrónico para esclarecimento de qualquer dúvida.

Declaro que concordo em participar no estudo e cumprir as instruções que me foram fornecidas.

I have been informed of the nature and purposes of this trial and the instructions which volunteers must follow.

I have been informed that I may withdraw my consent at any time.

I am aware that the results of this study may be published in scientific or academic publications and that my identity will remain anonymous. I have been informed of phone contact and email that I can use in case of need.

I hereby agree to participate in the trial and to follow the instructions I have received.

Assinaturas,

Data

Voluntário

Investigadora

Feito em duplicado



Chamada gratuita ou email: estudopsorlase@gmail.com



**ADESÃO
À TERAPÊUTICA
NA PSORÍASE**

DIÁRIO DE MEDICAÇÃO

Estudo no âmbito de um projeto de doutoramento:
"Estudo do efeito dos fatores psicossociais e tecnológicos
na adesão à terapêutica em pacientes com psoríase"



INSTRUÇÕES:

Registe a aplicação da medicação prescrita colocando uma cruz no dia e momento da aplicação

Nas situações em que não aplicou a medicação prescrita, por favor registe as respectivas razões no local observações

Na data _____ será contactado(a)
para marcação de reunião

DEVE LEVAR:

- As embalagens de medicação que usou (vazias e/ou em uso)
- Este diário



Chamada gratuita ou email: estudopsorlase@gmail.com

Obrigado pela valiosa colaboração.

É garantida a confidencialidade de todos os dados.

Eventuais gastos com deslocações serão reembolsados.

Estudo aprovado pela Comissão de Ética da Universidade do Porto.

Após conclusão do estudo a destruição dos dados será efetuada e será dado conhecimento à Comissão de Ética e aos diretores das instituições (FUP e CESPU)

PSORÍASE

1) A quem se destina?

Doentes com psoríase.
Maiores de 18 anos.
A efetuar exclusivamente tratamento com medicamentos para aplicar na pele ou couro cabeludo.

2) Quais os objetivos?

Compreender as causas da baixa adesão à terapêutica tópica na psoríase.
Propor estratégias de aumento da adesão à terapêutica tópica.
Propor medicamentos de utilização agradável para o tratamento da psoríase.

3) Quem participa no estudo?

- Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto
- Instituto Superior de Ciências da Saúde-Norte-CESPU

4) Quem colabora no estudo?

- Dermatologistas
- Associação Portuguesa da Psoríase (APO Portugal)

5) Como participar?

Logo após a consulta médica onde lhe foram prescritos medicamentos para aplicar na pele ou couro cabeludo, por favor contacte:
Ana Isabel Pacheco Teixeira
800 20 20 20 (chamada gratuita)
ou estudopsorlase@gmail.com

6) Em que consiste a sua participação?

Consiste numa entrevista para responder a um questionário, onde lhe será explicado o objetivo do trabalho, com a duração prevista de 15 minutos. Após 45 dias, será marcada nova entrevista para responder a um novo questionário. A participação é voluntária, anónima e não remunerada. Reconhecemos a sua valiosa disponibilidade através da cedência de produtos cosméticos utilizados como complemento do tratamento da psoríase.

7) Porque é que a sua colaboração é importante?

A sua colaboração é muito importante para melhoria do tratamento da psoríase. Só os doentes com psoríase podem transmitir as dificuldades que sentem no uso dos medicamentos.

8) Qual o uso dos dados recolhidos?

Os dados são confidenciais e sujeitos a tratamento estatístico para obter as conclusões do estudo. Tomamos o compromisso de destruição dos dados após conclusão do estudo.

Mês: _____

Ano: _____

Nº identificação: _____

Medicamento: _____

7ª semana

	seg.	ter.	qua.	qui.	sex.	sáb.	dom.
manhã							
noite							
outro							

Observações:

Mês: _____

Ano: _____

Nº identificação: _____

Medicamento: _____

1ª semana

	seg.	ter.	qua.	qui.	sex.	sáb.	dom.
manhã							
noite							
outro							

Observações:

8ª semana

	seg.	ter.	qua.	qui.	sex.	sáb.	dom.
manhã							
noite							
outro							

Observações:

2ª semana

	seg.	ter.	qua.	qui.	sex.	sáb.	dom.
manhã							
noite							
outro							

Observações:

Mês: _____

Ano: _____

Nº identificação: _____

Medicamento: _____

3ª semana

	seg.	ter.	qua.	qui.	sex.	sáb.	dom.
manhã							
noite							
outro							

Observações:

Mês: _____

Ano: _____

Nº identificação: _____

Medicamento: _____

5ª semana

	seg.	ter.	qua.	qui.	sex.	sáb.	dom.
manhã							
noite							
outro							

Observações:

4ª semana

	seg.	ter.	qua.	qui.	sex.	sáb.	dom.
manhã							
noite							
outro							

Observações:

6ª semana

	seg.	ter.	qua.	qui.	sex.	sáb.	dom.
manhã							
noite							
outro							

Observações:

